



UNIVERSIDADE
CATÓLICA | INSTITUTO DE
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA

*Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do
grau de Mestre em Medicina Dentária*

Por:

José Miguel Palricas Costa

VISEU, 2015



UNIVERSIDADE
CATÓLICA | INSTITUTO DE
PORTUGUESA **CIÊNCIAS DA SAÚDE**

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA DENTÁRIA

RELATÓRIO DE ATIVIDADE CLÍNICA

*Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do
grau de Mestre em Medicina Dentária*

Orientador: Mestre Cristina Figueiredo

Co-orientador: Prof. Doutor André Correia

Por:

José Miguel Palricas Costa

VISEU, 2015

Aos meus pais e à minha irmã.

Agradecimentos

Ao Prof. Doutor André Correia pela prontidão e disponibilidade.

À Mestre Cristina Figueiredo por todo o apoio prestado e pela orientação deste trabalho.

À minha família, em especial aos meus pais e à minha irmã, e à Tânia, que me acompanharam incondicionalmente dando-me alento nos momentos mais difíceis desta caminhada.

Resumo

O presente trabalho destina-se a caracterizar e descrever as atividades clínicas realizadas pelo autor no seu último ano de Mestrado Integrado em Medicina Dentária, na Universidade Católica Portuguesa, Centro de Viseu. Também oferece uma visão histórica e evolutiva da Medicina Dentária, conciliada com os tratamentos mais atuais em diversas áreas.

Todas as atividades mencionadas pelo autor, desempenhando a função de operador ou assistente, foram realizadas em cada vertente da área clínica da Medicina Dentária presentes na Clínica Dentária Universitária da UCP.

Os dados recolhidos estão organizados por área clínica, nomeadamente em Cirurgia Oral, Dentisteria Operatória, Endodontia, Medicina Oral, Periodontologia, Odontopediatria, Oclusão, Ortodontia e Prostodontia Fixa e Removível, relatando todo o trabalho realizado. Estão descritos também casos clínicos a que o autor considerou dar relevo, uma vez que se tratam de casos que contribuíram para o conhecimento e desenvolvimento médico-profissional do autor.

Para a caracterização geral da amostra obtida foi realizada uma distribuição de pacientes por sexo, idade e tipo de higiene oral. Para o estudo dos dados recolhidos e para caracterizar os pacientes, foi feita uma análise estatística usando o *software SPSS Statistics* (IBM).

Palavras-chave: Medicina Dentária, Atividade Clínica, Aprendizagem, Clínica Dentária Universitária.

Abstract

This report aims to characterize and describe the clinical activities carried out by the author in his final year of Master in Dental Medicine at the Catholic University, Viseu Center. Also offers an historical and evolutionary view of dentistry, reconciled with the most current treatments in several areas.

All the activities mentioned by the author, as being operator or assistant, were held in every aspect of the clinical field of dentistry attending the University Dental Clinic.

The collected data are organized by each clinical area, particularly in Oral Surgery, Restorative Dentistry, Endodontics, Oral Medicine, Periodontology, Pediatric Dentistry, Occlusion, Orthodontic, Fixed and Removable Prosthodontics, reporting all the work done. There are also described clinical cases that the author considered to emphasize, once that these are cases that have contributed to the knowledge and for medical professional development of the author.

For general characterization of the obtained sample was carried out a distribution of patients by sex, age and oral hygiene. For the study of the data collected and to characterize the patients was made a statistical analysis using the SPSS software (IBM).

Keywords: Dentistry, Clinical Activity, Learning, University Dental Clinic

Índice Geral

Agradecimentos	VII
Resumo	IX
Abstract	XI
Índice Geral	XIII
Índice de Tabelas	XV
Índice de Gráficos	XVII
Índice de Figuras	XIX
Índice de Anexos	XXI
Lista de abreviaturas	XXIII
Introdução	1
Materiais e Métodos	7
Caracterização geral da amostra	11
Cirurgia Oral	14
Periodontologia	14
Medicina Oral	17
Dentisteria Operatória	18
Endodontia	19
Odontopediatria	20
Oclusão	21
Ortodontia	21
Prostodontia	22

Prótese Removível	22
Prótese fixa.....	23
Atos Globais.....	25
Casos Clínicos.....	29
CASO CLÍNICO 1	29
CASO CLÍNICO 2.....	39
CASO CLÍNICO 3.....	45
Discussão	51
Conclusão.....	59
Bibliografia	61
Anexos	65

Índice de Tabelas

TABELA 1 - PERCENTAGEM E FREQUÊNCIA DE GÊNERO DA AMOSTRA GLOBAL	11
TABELA 2 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA GLOBAL QUANTO À IDADE	11
TABELA 3 FREQUÊNCIA E PERCENTAGEM DA HIGIENE ORAL OBSERVADA NA AMOSTRA GLOBAL	12
TABELA 4 - FREQUÊNCIA E PERCENTAGEM DE ESCOVAGEM DA POPULAÇÃO OBSERVADA	13
TABELA 5 - PERCENTAGEM DE PACIENTES DA AMOSTRA GLOBAL QUE UTILIZAM FIO DENTÁRIO.....	13
TABELA 6 - PERCENTAGEM E FREQUÊNCIA DE ATOS CLÍNICOS EM CIRURGIA ORAL DO AUTOR COMO ASSISTENTE E OPERADOR	14
TABELA 7 - PERCENTAGEM E FREQUÊNCIA DE ATOS CLÍNICOS EM PERIODONTOLOGIA DO AUTOR COMO ASSISTENTE E OPERADOR	14
TABELA 8 - TIPOS DE PROCEDIMENTOS CLÍNICOS REALIZADOS EM PERIODONTOLOGIA PELO AUTOR ENQUANTO OPERADOR	15
TABELA 9 - PERCENTAGEM E FREQUÊNCIA DAS DIFERENTES PATOLOGIAS PERIODONTAIS NA PRÁTICA CLÍNICA DE PERIODONTOLOGIA.....	15
TABELA 10 - CARACTERIZAÇÃO DOS ÍNDICES DE PLACA E DE SANGRAMENTO À SONDAGEM NA PRÁTICA CLÍNICA DE PERIODONTOLOGIA	16
TABELA 11 - PERCENTAGEM E FREQUÊNCIA DE ATOS CLÍNICOS EM MEDICINA ORAL DO AUTOR COMO ASSISTENTE E OPERADOR	17
TABELA 12 - PERCENTAGEM E FREQUÊNCIA DE ATOS CLÍNICOS EM DENTISTERIA OPERATÓRIA DO AUTOR COMO ASSISTENTE E OPERADOR	18
TABELA 13 - PERCENTAGEM E FREQUÊNCIA DA UTILIZAÇÃO DOS DIFERENTES MATERIAIS DE RESTAURAÇÃO EM DENTISTERIA OPERATÓRIA PELO BINÓMIO 105	18
TABELA 14 - PERCENTAGEM E FREQUÊNCIA DOS TIPOS DE PROCEDIMENTOS CLÍNICOS REALIZADOS PELO AUTOR EM DENTISTERIA OPERATÓRIA	19
TABELA 15 - PERCENTAGEM E FREQUÊNCIA DE ATOS CLÍNICOS EM ENDODONTIA DO AUTOR COMO ASSISTENTE E OPERADOR	19
TABELA 16 - TIPOS DE SESSÃO ENDODÔNTICA REALIZADOS EM ENDODONTIA PELO AUTOR ENQUANTO OPERADOR	20
TABELA 17 - TIPOS DE PROCEDIMENTOS CLÍNICOS, E SUA FREQUÊNCIA E PERCENTAGEM, REALIZADOS PELO AUTOR NA ÁREA CLÍNICA DE ODONTOPEDIATRIA	20
TABELA 18 - TRATAMENTOS REALIZADOS PELO AUTOR NA ÁREA CLÍNICA DE OCLUSÃO ..	21

TABELA 19 - TRATAMENTOS REALIZADOS PELO AUTOR NA ÁREA CLÍNICA DE ORTODONTIA	21
TABELA 20 - FREQUÊNCIA E PERCENTAGEM DE ATOS CLÍNICOS DO AUTOR COMO OPERADOR E ASSISTENTE NA ÁREA CLÍNICA DE PRÓTESE REMOVÍVEL	22
TABELA 21 - TIPOS DE PROCEDIMENTO CLÍNICO, E SUA FREQUÊNCIA E PERCENTAGEM, EXECUTADOS PELO AUTOR ENQUANTO OPERADOR NA ÁREA DE PRÓTESE REMOVÍVEL	23
TABELA 22 - FREQUÊNCIA DE ATOS CLÍNICOS DO AUTOR, COMO ASSISTENTE E OPERADOR, NA ÁREA DE PRÓTESE REMOVÍVEL.....	23
TABELA 23 - TIPOS DE PROCEDIMENTO CLÍNICO, E SUA FREQUÊNCIA E PERCENTAGEM, EXECUTADOS PELO AUTOR ENQUANTO OPERADOR NA ÁREA DE PRÓTESE FIXA	24
TABELA 24 - PERCENTAGEM E FREQUÊNCIA DOS ATOS CLÍNICOS DO AUTOR ENQUANTO ASSISTENTE E OPERADOR NA GLOBALIDADE	25
TABELA 25 - PERCENTAGEM E FREQUÊNCIA DOS ATOS CLÍNICOS DO AUTOR ENQUANTO ASSISTENTE E OPERADOR EM CADA ÁREA CLÍNICA	25

Índice de Gráficos

GRÁFICO 1 - DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA GERAL POR IDADE	12
GRÁFICO 2 - PERCENTAGEM DAS DIFERENTES PATOLOGIAS PERIODONTAIS NA PRÁTICA CLÍNICA DE PERIODONTOLOGIA	16
GRÁFICO 3 - PERCENTAGEM DE LESÕES DETETADAS NOS PACIENTES OBSERVADOS PELO BINÓMIO 105 NA ÁREA CLÍNICA DE MEDICINA ORAL	17

Índice de Figuras

FIGURA 1 - SITUAÇÃO INICIAL, ONDE É POSSÍVEL OBSERVAR AS RESTAURAÇÕES MAL ADAPTADAS, A DIFERENÇA ENTRE OS INCISIVOS CENTRAIS SUPERIORES, E ENTRE OS CANINOS SUPERIORES.....	31
FIGURA 2 - FOTOGRAFIA QUE ILUSTRA A DESARMONIA DENTÁRIA, REFLETINDO-SE MAIORITARIAMENTE SOBRE DENTE 21, QUE SE ENCONTRA VESTIBULARIZADO.	32
FIGURA 3 - FOTOGRAFIA DA SITUAÇÃO INICIAL ANTES DO BRANQUEAMENTO DENTÁRIO. NO DENTE 11, É POSSÍVEL VER TRÊS BOLAS DE COMPÓSITO. DE CIMA PARA BAIXO, A1, A2 E A3 RESPETIVAMENTE. NA FOTOGRAFIA ESTÁ PRESENTE UMA ESPÁTULA DA ESCALA VITA COM COR C1, PARA COMPARAÇÃO.	32
FIGURA 4 - FOTOGRAFIA APÓS BRANQUEAMENTO, COM ESCALA VITA C1 COMO COMPARAÇÃO.	33
FIGURA 5 - MODELO DE GESSO DE ESTUDO DO CASO.....	34
FIGURA 6 - FOTOGRAFIA APÓS BRANQUEAMENTO E ESCOLHA DA COR DOS COMPÓSITOS A SEREM UTILIZADOS.	34
FIGURA 7 - FOTOGRAFIA DO DESGASTE VESTIBULAR DO DENTE 21 DE MODO A CORRIGIR A FORMA DO DENTE A MELHORAR A SUPERFÍCIE DE ADESÃO PARA O COMPÓSITO QUE IRÁ RECEBER.	35
FIGURA 8 - FOTOGRAFIA DO ATAQUE ÁCIDO UTILIZANDO ÁCIDO FOSFÓRICO MELHORANDO A ADESÃO DO MATERIAL RESTAURADOR.	35
FIGURA 9 - FOTOGRAFIA DO DENTE 21, APÓS O PROCESSO DA COLOCAÇÃO DA GUIA COM O COMPÓSITO, OBTENDO ASSIM O BORDO INCISAL E A PAREDE PALATINA PRETENDIDA.	35
FIGURA 10 - FOTOGRAFIA DA ESCALA DE CORES DE COMPÓSITOS UTILIZADOS PELO SISTEMA AMARIS® (VOCO)	36
FIGURA 11 - FOTOGRAFIA APÓS RECONSTRUÇÃO DOS INCISIVOS CENTRAIS E SUBSTITUIÇÃO DAS RESTAURAÇÕES DOS INCISIVOS LATERAIS.	36
FIGURA 12 - ORTOPANTOMOGRAFIA DA SITUAÇÃO INICIAL DO PACIENTE.....	40
FIGURA 13 - FOTOGRAFIA OCLUSAL DO DENTE 36, ONDE É NOTÁVEL A GRANDE DESTRUÇÃO DENTÁRIA	41
FIGURA 14 - FOTOGRAFIA MESIAL DO DENTE 36, ONDE É VISÍVEL JÁ O DESGASTE DE 2MM NA CÚSPIDE MESIO-VESTIBULAR.	41

FIGURA 15 - FOTOGRAFIA OCLUSAL DO DENTE 36, COM O ANEL DE COBRE COLOCADO. OBSERVA-SE TAMBÉM A CUNHA DE MADEIRA UTILIZADA COM O FIM DE OBTER MELHOR ADAPTAÇÃO POSSÍVEL DO ANEL DE COBRE ÀS MARGENS PALATINAS E INTERPROXIMAIS.....	42
FIGURA 16 - FOTOGRAFIA DA RESTAURAÇÃO, SEM O POLIMENTO.	42
FIGURA 17 - FOTOGRAFIA INICIAL, ONDE SE PODE OBSERVAR A LESÃO LOCALIZADA NO PALATO MOLE, E TENDO COMO REFERÊNCIA PARA O TAMANHO UMA SONDA PERIODONTAL.	47
FIGURA 18 - FOTOGRAFIA DA LESÃO, ONDE É BASTANTE PERCETÍVEL O PEDÍCULO DA LESÃO.	47

Índice de Anexos

ANEXO 1 - PÓSTER APRESENTADO NAS X JORNADAS DE MEDICINA DENTÁRIA DA UCP ..65

ANEXO 2 - PÓSTER APRESENTADO NAS I JORNADAS CIENTÍFICAS DA PRIMAVERA DA UCP
.....67

Lista de abreviaturas

- 11 – Incisivo central superior direito
- 12 – Incisivo lateral superior direito
- 13 – Canino superior direito
- 14 – Primeiro pré-molar direito
- 15 – Segundo pré-molar direito
- 21 – Incisivo central superior esquerdo
- 22 – Incisivo lateral superior esquerdo
- 23 – Canino superior esquerdo
- 36 – Primeiro molar inferior esquerdo
- ATM – Articulação tempero-mandibular
- BOP – *Bleeding on probe*
- GIP – Gengivite induzida por placa
- IP – Índice de placa
- Nº – Número
- PCA – Periodontite crónica avançada
- PCL – Periodontite crónica leve
- PCM – Periodontite Crónica moderada
- PEO – Papiloma escamoso oral
- RAR – Raspagem e alisamento radicular
- UCP – Universidade Católica Portuguesa
- VIH – Vírus da imunodeficiência humana

Introdução

Introdução

A Medicina Dentária é uma vertente da Medicina, especializada em diagnosticar e tratar patologias da cavidade oral. (1) A história da Medicina Dentária Moderna remonta a 1728, quando Pierre Fauchard, por muitos considerado o pai da Medicina Dentária Moderna, publicou um livro intitulado “Le Chirurgien Dentiste”. Este livro foi considerado um marco na Medicina Dentária Moderna, estabelecendo esta arte como um ramo da medicina, ao invés dos ‘sapateiros e barbeiros’ que praticavam procedimentos dentários, como extrações, sem possuírem qualquer tipo de conhecimento ou condições sanitárias. (2, 3)

No livro publicado por Pierre Fauchard estão presentes ideias inovadoras para a época, entre elas, a descrição de como um paciente se deve sentar na cadeira do dentista, a descrição de instrumentos para a realização de extrações dentárias, a referência ao papel prejudicial para a saúde dentária do consumo excessivo de açúcar (com referência à limitação do seu consumo de forma regular) tendo sido também o primeiro a defender a reimplantação dentária após uma avulsão, com bons resultados a longo prazo. (2-4)

Em Portugal, o ensino da Medicina Dentária começou a 22 de Novembro de 1976, na Escola Superior de Medicina Dentária do Porto, sendo que na Universidade Católica Portuguesa, este curso teve início no ano de 2000 no Centro Regional das Beiras, em Viseu. A medicina dentária engloba várias áreas de atuação, conforme o tratamento a realizar. Segundo a Ordem dos Médicos Dentistas, as especialidades reconhecidas em Portugal são as seguintes: Ortodontia, Cirurgia Oral, Odontopediatria, Periodontologia, Endodontia, Prostodontia, Medicina Dentária Hospitalar e Saúde Oral Pública. (5, 6)

Na Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa, Centro Regional de Viseu, existem diversas áreas de atuação da Medicina Dentária, das quais de podem destacar: (7)

Medicina Oral - é a área da Medicina Dentária responsável pela terapia de pacientes medicamente comprometidos, procurando enquadrar os efeitos da saúde geral na cavidade oral e vice-versa. Tem também como objetivo diagnosticar e tratar as doenças da região oral e maxilo-facial.

Dentisteria Operatória - é a área da Medicina Dentária responsável pelo tratamento e reabilitação da estrutura dentária. Centra a sua atuação na correção de alterações provocadas por cárie, traumatismos, dano iatrogénico e lesões físicas, como erosão, abrasão, atrição e abfração. Com o desenvolvimento de novos materiais, como compósitos e adesivos inovadores, as capacidades terapêuticas da Dentisteria Operatória têm sido cada vez mais alargadas.

Endodontia - é a área da Medicina Dentária que se ocupa da terapêutica, fisiologia, morfologia e patologia pulpar e periradicular. O domínio clínico do tratamento deste tipo de patologias permite que dentes que de outra forma seriam extraídos se mantenham em função na cavidade oral. Com o aparecimento de novos materiais que visam melhorar a prática clínica desta área de atuação médico-dentária, e também de novos sistemas de instrumentação mecanizada, de obturação e de localização apical, verificou-se um aumento do número de médicos dentistas habilitados a realizar tratamentos endodônticos.

Odontopediatria - é o campo da Medicina Dentária que foca o seu espectro de ação na prestação de cuidados de saúde orais a crianças, adolescentes e pacientes com necessidades especiais. Tem um papel especialmente preventivo, tentando conservar uma saúde oral recorrendo a técnicas profiláticas, contudo, muitas vezes é necessário intervir e proceder a tratamentos mais invasivos.

Ortodontia - é a área da Medicina Dentária responsável pelo diagnóstico, prevenção e tratamento de posicionamentos dentários desfavoráveis e correção de desarmonias dento-faciais. Podem ser utilizados aparelhos fixos ou removíveis, no entanto, na Clínica Dentária Universitária fazem-se exclusivamente tratamentos recorrendo a aparatologia removível.

Periodontologia - é a especialidade da Medicina Dentária responsável pelo diagnóstico e tratamento de doenças e pela manutenção do estado de saúde das estruturas de suporte dentário, como o osso alveolar, os tecidos moles, o ligamento periodontal e o cimento.

Cirurgia Oral - é a área da Medicina Dentária responsável pelo diagnóstico e tratamento cirúrgico de defeitos, lesões e doenças dos tecidos duros e moles da cavidade oral e de estruturas anexas.

Prostodontia - é a área da Medicina Dentária cujo propósito é a reabilitação do aparelho estomatognático, procurando devolver ou aprimorar as capacidades funcionais, como a fonação a mastigação e a estética. Na Clínica Dentária Universitária, esta área está dividida em duas vertentes, a prostodontia removível e a prostodontia fixa. A prostodontia removível é a área clínica responsável por próteses removíveis, reabilitando a função oral e estética. A prostodontia fixa é a responsável pela reabilitação oral fixa, utilizando maioritariamente coroas a nível unitário e próteses parciais fixas comumente designadas por pontes.

Oclusão - é o campo da Medicina Dentária responsável pelo estudo do sistema estomatognático, estabelecendo o equilíbrio entre as arcadas e as suas estruturas anexas, assim como diagnosticar e tratar disfunções temporomandibulares.

Este trabalho procura relatar a atividade clínica desenvolvida durante o último ano na Clínica Dentária Universitária, assim como oferecer uma visão histórica e evolutiva da Medicina Dentária, conciliada com os tratamentos mais atuais em diversas áreas, assim como definir e explicar quais as especialidades em que a medicina dentária atua em Portugal, mais especificamente na Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa, no Centro Regional de Viseu

Materiais e Métodos

Materiais e Métodos

A recolha de dados realizou-se tendo em conta os atos clínicos realizados nas diversas áreas de atuação médico-dentária, na Clínica Dentária Universitária da Universidade Católica Portuguesa – Centro Regional de Viseu, efetuados pelo binómio 105 entre as datas de 02/09/2014 até 13/05/2015. O registo de dados foi feito tendo como base os dados contidos no *software* de gestão clínica *NewSoft 2.0* assim como através do registo de informações fornecidas diretamente pelo paciente. Foram ainda tidos em conta os dados obtidos através de meios auxiliares de diagnóstico radiológico presente no programa *Dimaxis*.

Os dados foram tratados visando fornecer um olhar clínico e epidemiológico dos pacientes e da população observada, procurando caracterizar a amostra populacional servida pela Clínica Dentária Universitária nas suas diversas vertentes. A análise estatística e o tratamento de dados foi realizada com o *software SPSS Statistics* (IBM), de acordo com os aspetos clínicos de relevo para cada situação a caracterizar.

Os critérios de inclusão para a amostra considerada são:

- Pacientes atendidos exclusivamente pelo binómio 105;
- Pacientes atendidos entre as datas de 02/09/2014 e 13/05/2015.

Não existe qualquer critério de exclusão, exceto os que contrariem diretamente os de inclusão.

Resultados

Caracterização geral da amostra

A **tabela 1** qualifica em termos de género os pacientes observados pelo binómio 105, constando 24 pacientes do sexo feminino e 30 do sexo masculino, constituindo uma percentagem, 44,4% e 55,6% respetivamente.

Tabela 1 Percentagem e Frequência de Género da Amostra Global

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Feminino	24	44,4
Masculino	30	55,6
Total	54	100,0

A **tabela 2** descreve a amostra geral de pacientes atendidos pelo binómio 105 em relação à idade, apresentando uma média de idades de 50,83 anos, com um desvio padrão de 21.456. A idade mais baixa registada foi de 4 anos e a máxima de 83 anos.

Tabela 2 Caracterização da Amostra Global Quanto à Idade

	(n)	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Idade	54	4	83	50,83	21,456

O **gráfico 1** indica a distribuição da amostra geral por idades, onde se verifica um pico entre os 60 e 65 anos.

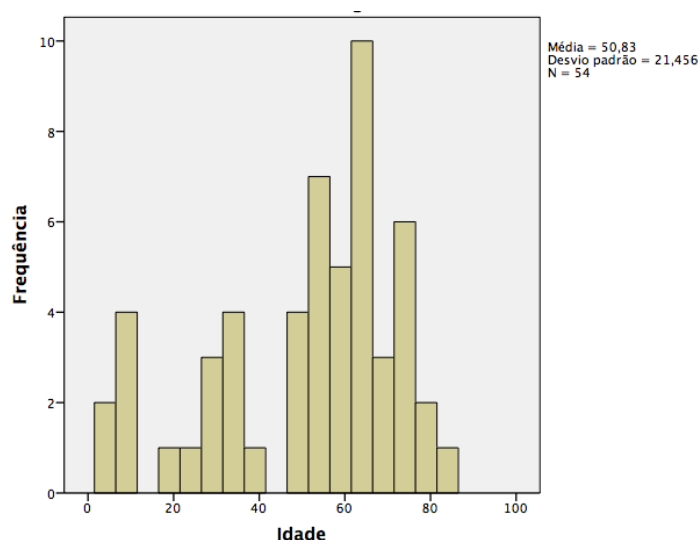


Gráfico 1 Distribuição da Amostra Geral por Idade

A **tabela 3** determina a população observada pelo binómio 105 relativamente à Higiene Oral observada, qualificando-a em Boa, Má e Razoável. A Higiene Oral observada nesta amostra foi predominantemente Má, com uma percentagem de 57,4%.

Tabela 3 Frequência e Percentagem da Higiene Oral Observada na Amostra Global

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Boa	11	20,4
Má	31	57,4
Razoável	12	22,2
Total	54	100,0

A **tabela 4** diz respeito aos hábitos de higiene oral dos pacientes observados pelo binômio 105. Apura-se que a maioria dos pacientes, 51,9%, refere escovar os dentes 2 vezes por dia, enquanto 5 pacientes (9,3%) afirmaram não escovar nenhuma vez os dentes durante o dia.

Tabela 4 Frequência e Percentagem de escovagem da população observada

	Frequência (n)	Percentagem (%)
0	5	9,3
1	12	22,2
2	28	51,9
3	7	13,0
4	1	1,9
5	1	1,9
Total	54	100,0

A **tabela 5** indica os hábitos de uso de fio dentário por parte dos pacientes observados pelo binômio 105, onde apenas 13 pacientes (24,1%) afirmaram usar.

Tabela 5 Percentagem de Pacientes da Amostra Global que Utilizam Fio Dentário

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Não	41	75,9
Sim	13	24,1
Total	54	100,0

Cirurgia Oral

A **tabela 6** refere o número de vezes que o autor trabalhou na área clínica de Cirurgia Oral como Operador e Assistente, sendo que realizou 5 atos clínicos, todos eles realizados recorrendo à técnica fechada, considerandos como sendo atos simples.

Tabela 6 Percentagem e frequência de atos clínicos em Cirurgia Oral do autor como Assistente e Operador

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Operador	5	45,5
Assistente	6	54,5
Total	11	100,0

Periodontologia

A **tabela 7** apresenta o número de atos clínicos efetuados em Periodontologia pelo autor, desempenhando a função de operador e assistente, sendo que em ambas realizou 8 consultas.

Tabela 7 Percentagem e frequência de atos clínicos em Periodontologia do autor como Assistente e Operador

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Assistente	8	50
Operador	8	50
Total	16	100,0

A **tabela 8** esclarece o tipo de tratamentos realizados pelo autor enquanto operador, sendo que o tratamento mais executado foi a Fase Higiénica, envolvendo maioritariamente tartarectomias recorrendo a ultrassons.

Tabela 8 Tipos de procedimentos clínicos realizados em Periodontologia pelo autor enquanto operador

	Frequência	Percentagem
Fase Higiénica	6	75,0
RAR	2	25,0
Total	8	100,0

A **tabela 9** contabiliza as várias formas de patologias periodontal observadas e tratadas pelo binómio 105 ao longo do último ano de Mestrado, sendo que metade (50%) dos pacientes examinados apresentavam periodontite crónica moderada (PCM) e que apenas 1 paciente (6,3%) apresentava a patologia menos grave, gengivite induzida por placa (GIP).

Tabela 9 Percentagem e frequência das diferentes patologias periodontais na prática clínica de Periodontologia

	Frequência (n)	Percentagem (%)
GIP	1	6,3
PCA	5	31,3
PCL	2	12,5
PCM	8	50,0
Total	16	100,0

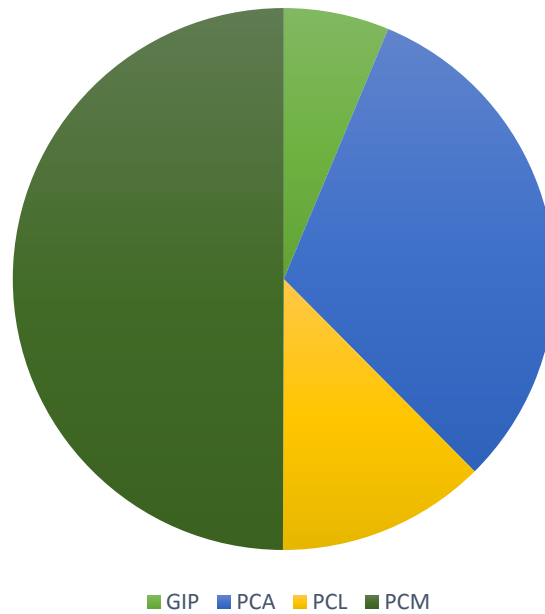


Gráfico 2 Percentagem das diferentes patologias periodontais na prática clínica de Periodontologia

O **gráfico 2** representa a percentagem das diferentes fases de periodontites tratadas na área clínica de Periodontologia, sendo que o tipo mais frequente de patologia foi a Periodontite Crónica Moderada.

A **tabela 10** descreve-nos a média, o mínimo e o máximo do Índice de Placa e de *Bleeding On Probe* dos pacientes tratados pelo binómio 105 em Periodontologia, sendo que a média do primeiro é de 83,3% e do segundo de 27,3%

Tabela 10 Caracterização dos Índices de Placa e de Sangramento à Sondagem na prática clínica de Periodontologia

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
BOP	16	0,75	63,00	27,3713	22,10603
IP	16	40,00	100,00	83,3250	17,97334

Medicina Oral

A **tabela 11** mostra-nos o número de atos clínicos realizados pelo autor na área clínica de Medicina Oral enquanto operador e assistente, sendo que foi operador 5 vezes e assistente 3 vezes, sendo que a totalidade das consultas foram primeiras consultas.

Tabela 11 Percentagem e frequência de atos clínicos em Medicina Oral do autor como Assistente e Operador

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Operador	3	37,5
Assistente	5	62,5
Total	8	100,0

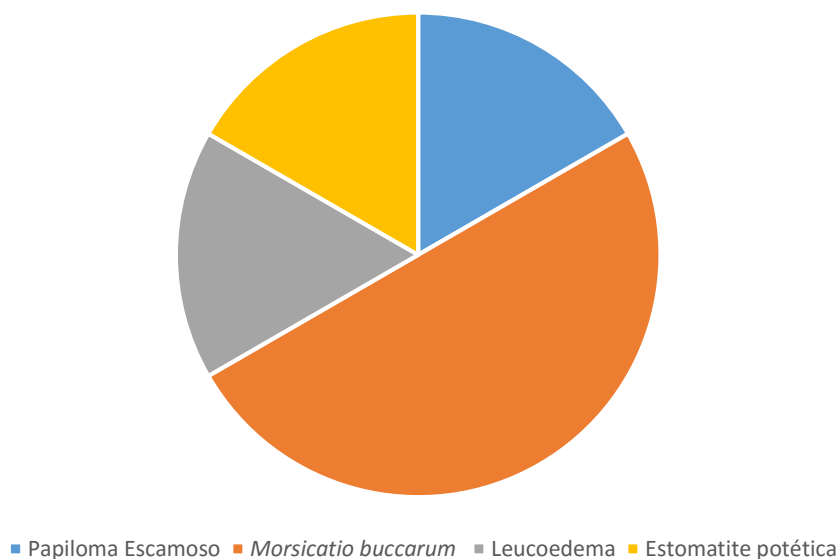


Gráfico 3 Percentagem de lesões detetadas nos pacientes observados pelo binómio 105 na área clínica de Medicina Oral

O **gráfico 3** representa a percentagem do tipo de lesões observadas na cadeira de Medicina Oral, sendo que foi detetado *Morsicatio buccarum* em 3 pacientes, Leucoedema e Estomatite Protética num paciente, e um Papiloma Escamoso noutro paciente. De todos os pacientes observados, 3 não tinham qualquer alteração morfológica.

Dentisteria Operatória

A **tabela 12** mostra-nos o número de atos clínicos realizados pelo autor na área clínica de Dentisteria Operatória enquanto operador e assistente, sendo que foi operador 10 vezes e assistente outras 10 vezes.

Tabela 12 Percentagem e frequência de atos clínicos em Dentisteria Operatória do autor como Assistente e Operador

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Assistente	10	50,0
Operador	10	50,0
Total	20	100,0

A **tabela 13** descreve o tipo de materiais utilizados pelo binómio 105 na área clínica de Dentisteria Operatória e a sua frequência, sendo que o compósito apresenta a taxa de utilização mais alta.

Tabela 13 Percentagem e frequência da utilização dos diferentes materiais de restauração em Dentisteria Operatória pelo binómio 105

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Amálgama	3	3
Compósito	13	13
IRM	4	4
Total	20	20

A **tabela 14** descreve o tipo de procedimentos realizados pelo autor enquanto operador na área clínica de Dentisteria Operatória, sendo que 50% das restaurações realizadas foram Classe II, 20% foram Classe III, assim como outros 20% Classe IV, havendo ainda uma Grande Restauração a registrar.

Tabela 14 Percentagem e frequência dos tipos de procedimentos clínicos realizados pelo autor em Dentisteria Operatória

	Frequência (n)	Percentagem (n)
Classe II	5	50,0
Classe III	2	20,0
Classe IV	2	20,0
Grande Reconstrução	1	10,0
Total	10	100,0

Endodontia

A **tabela 15** mostra a totalidade de consultas em Endodontia efetuadas pelo binómio 105, sendo que o autor foi operador 5 vezes e assistente 7 vezes.

Tabela 15 Percentagem e frequência de atos clínicos em Endodontia do autor como Assistente e Operador

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Operador	5	41,7
Assistente	7	58,3
Total	12	100,0

A **tabela 16** indica o teor das consultas realizadas na área clínica de Endodontia, sendo que revela uma distribuição igual entre os vários tipos de consultas efetuadas.

Tabela 16 Tipos de sessão endodôntica realizados em Endodontia pelo autor enquanto operador

	Frequência (n)	Percentagem (%)
1ª Sessão	1	20,0
2ª Sessão	1	20,0
3ª Sessão	1	20,0
4ª Sessão	1	20,0
Reconstrução	1	20,0
Total	7	100,0

Odontopediatria

A **tabela 17** descreve o tipo de procedimentos que o autor realizou enquanto operador na área clínica de Odontopediatria, sendo que realizou 3 atos, equivalendo a 60% dos atos clínicos efetuados, num total de 5 atos efetuados pelo binómio 105.

Tabela 17 Tipos de procedimentos clínicos, e sua frequência e percentagem, realizados pelo autor na área clínica de Odontopediatria

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Destartarização	1	33,3
Restauração a compósito	1	33,3
Selante de fissuras	1	33,3
Total	3	100,0

Oclusão

A **tabela 18** caracteriza o tipo de procedimentos que o autor realizou enquanto operador na área clínica de Oclusão, sendo que realizou 1 ato, equivalendo a 100% dos atos clínicos efetuados, sendo este um Estudo Oclusal.

Tabela 18 Tratamentos realizados pelo autor na área clínica de Oclusão

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Estudo Oclusal	1	100,0

Ortodontia

A **tabela 19** indica o tipo de procedimentos que o autor realizou enquanto operador na área clínica de Ortodontia, sendo que apenas foi efetuado um estudo Ortodôntico,

Tabela 19 Tratamentos realizados pelo autor na área clínica de Ortodontia

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Estudo Ortodôntico	1	100,0

Prostodontia

Prótese Removível

A **tabela 20** indica o número e a percentagem de consultas efetuadas em Prótese Removível, sendo que desempenhou por 16 vezes a função de operador e outras 16 a função de assistente.

Tabela 20 Frequência e percentagem de atos clínicos do autor como operador e assistente na área clínica de Prótese Removível

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Operador	16	50,0
Assistente	16	50,0
Total	32	100,0

A **tabela 21** descreve os vários tipos de consultas efetuadas pelo autor como operador, na área de Prótese Removível, onde se verifica que as consultas de controlo têm uma maior prevalência (37,5%).

Tabela 21 Tipos de procedimento clínico, e sua frequência e percentagem, executados pelo autor enquanto operador na área de Prótese Removível

	Frequência (n)	Percentagem (%)
1ª Consulta	2	12,5
Controlo	6	37,5
Impressão de arrasto	3	18,75
Inserção da prótese	1	6,25
Preparo de nichos	2	12,5
Registo Intermaxilar	2	12,5
Total	16	100,0

Prótese fixa

A **tabela 22** esclarece o número de atos clínicos realizados pelo autor na área clínica de Prótese Fixa como operador (42,9%) assim como o número de vezes que cumpriu as funções de assistente.

Tabela 22 Frequência de atos clínicos do autor, como assistente e operador, na área de Prótese Removível

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Operador	3	42,9
Assistente	4	57,1
Total	7	100,0

A **tabela 23** caracteriza o tipo de procedimentos realizados pelo autor enquanto operador na área clínica de Prótese Fixa, quanto à sua frequência e percentagem.

Tabela 23 Tipos de procedimento clínico, e sua frequência e percentagem, executados pelo autor enquanto operador na área de Prótese Fixa

	Frequência (n)	Percentagem (%)
1ª Consulta	1	33,33
Realização de Preparos	1	33,33
Realização de Provisórios	1	33,33
Total	3	100,0

Atos Globais

A **tabela 24** exibe a frequência e a percentagem de atos clínicos globais realizado pelo autor, enquanto operador e assistente.

Tabela 24 Percentagem e frequência dos atos clínicos do autor enquanto assistente e operador na globalidade

	Frequência (n)	Percentagem (%)
Operador	53	46,1
Assistente	62	53,9
Total	115	100,0

A **tabela 25** expõe por área clínica, em termos de frequência e percentagem, o trabalho do autor desempenhando o papel de operador e assistente.

Tabela 25 Percentagem e frequência dos atos clínicos do autor enquanto assistente e operador em cada área clínica

Área Clínica	Função		Total
	Operador	Assistente	
Cirurgia	5	6	11
Dentisteria	10	10	20
Endodontia	5	7	12
Medicina Oral	3	5	8
Oclusão	1	1	2
Odontopediatria	2	3	5
Ortodontia	1	1	1
Periodontologia	8	8	16
Prótese Fixa	3	4	7
Prótese Removível	16	16	32
Total	53	61	114

Casos Clínicos

Casos Clínicos

CASO CLÍNICO 1

Nome: M.F.R.

Diagnóstico: Estética dentária comprometida, restaurações desadaptadas e pigmentadas no setor anterior superior.

Tratamento Efetuado: Facetas diretas em compósito

INTRODUÇÃO

A Medicina Dentária tem vindo a sofrer grandes avanços, principalmente no que diz respeito aos materiais utilizados, como as cerâmicas e as resinas compostas. Estes materiais têm aumentado as possibilidades de tratamentos na zona anterior, principalmente nos tratamentos envolvendo facetas. São realizadas por razões estéticas, onde nalguns casos não é necessário reduzir o dente, ou apenas se fazem preparos minimalistas, preservando assim ao máximo o remanescente dentário. (21,22)

Por razões estéticas e por ser mais resistente, a cerâmica é o material restaurador mais indicado para este tipo de tratamentos. No entanto, e por razões maioritariamente económicas, as facetas podem ser efetuadas em resina composta. A resina composta é um material fácil de trabalhar, que permite preparos minimamente invasivos, em situações onde não há grandes diferenças de cor entre o remanescente dentário e da futura restauração, económico e, quando necessário é reparado facilmente. Para restaurações a compósito altamente estéticas, como é o caso das facetas diretas, o material restaurador além de permitir um fácil manuseamento durante a disposição de camadas de esmalte e dentina, também tem que possuir uma translucidez e sombra que vão de encontro à cor do dente natural, ou à desejada, assim como ser altamente resistente e ter a capacidade de produzir um polimento/acabamento em tudo semelhante ao dente natural. (23)

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, 33 anos, com historial de exérese da tiróide, sob regime terapêutico para substituição hormonal desta, com boa higiene oral. Na Clínica Universitária, tem histórico de ter realizado uma vez tartarectomia, assim como uma primeira consulta na área da prótese fixa, onde os dentes 11 e 21 foram avaliados para receberem facetas em cerâmica. Contudo, a paciente não aceitou o orçamento, e foi reencaminhada para Dentisteria.

Dirigiu-se à consulta de Dentisteria com o objetivo de melhorar a estética dos dentes antero-superiores. Ao exame radiográfico verifica-se a existência de tratamento endodôntico nos dentes 21, 22, 14 e 15.

À observação clínica verifica-se a existência de múltiplas restaurações em compósito, algumas desadaptadas, pigmentadas e cujos tons cromáticos se desadequavam à tonalidade das restantes peças dentárias. Alguns destes dentes possuíam uma coloração escurecida, especialmente os que tinham sido submetidos a tratamento endodôntico prévio, concomitante com alguma pigmentação devida, provavelmente, ao consumo de café. Observou-se ainda que o dente 23 não possuía a sua forma típica, apresentando ao invés um bordo aplanado.

Foi também verificado, que os dentes do sector anterior não se apresentavam devidamente alinhados, algo que contribuía para o desconforto da paciente no que diz respeito à sua estética dentária.

Diagnóstico: Restaurações mal adaptadas e pigmentadas nos dentes 13, 12, 11, 21, 22 e 23 com rebordo aplanado, que compromete a estética dentária.

Plano de tratamento: Branqueamento em ambulatório, substituição das restaurações mal adaptadas e realização de facetas em compósito nos dentes supracitados.

TRATAMENTO

O tratamento iniciou-se com a toma de fotografias, para documentação e posterior comparação do resultado final com a situação inicial.

Como os dentes apresentavam uma cor algo escurecida, e como a paciente tinha como objetivo melhorar a estética dentária, ficando com os dentes mais claros, optou-se por fazer primeiramente um branqueamento dentário, durante 15 dias, usando uma goteira com Opalescence® (Ultradent), Peroxido de Carbamida a 15%, de modo a obter um melhor resultado.



Figura 1 Situação inicial, onde é possível observar as restaurações mal adaptadas, a diferença entre os incisivos centrais superiores, e entre os caninos superiores



Figura 2 Fotografia que ilustra a desarmonia dentária, refletindo-se maioritariamente sobre dente 21, que se encontra vestibularizado.



Figura 3 Fotografia da situação inicial antes do branqueamento dentário. No dente 11, é possível ver três bolas de compósito. De cima para baixo, A1, A2 e A3 respetivamente. Na fotografia está presente uma espátula da escala Vita com cor C1, para comparação.



Figura 4 Fotografia após branqueamento, com escala Vita C1 como comparação.

Com o objetivo de construir uma matriz em silicone, que sirva de chave para a realização das facetas em compósito foram realizadas impressões da arcada superior, em silicone, através da técnica bifásica duplo componente utilizando silicone medium de adicção (Flexitime Easy Putty®) e light-body (Aquasil Ultra LV Smart Wetting®). Depois de vazadas a gesso, realizou-se o enceramento de estudo, tendo em conta os parâmetros e proporções sugeridos por Chu et al., onde no caso dos incisivos centrais, a proporção largura-altura mais agradável situa-se entre os 75% e 80%. (8,9) Através desta foi realizada a matriz de silicone que serve de chave à execução das restaurações.



Figura 5 Modelo de gesso de estudo do caso

As facetas em compósito foram efetuadas com o sistema Amaris® (Voco). Para tal, foi necessário desgastar ligeiramente os dentes por vestibular, de modo a modificar e melhorar a estética dentária, dando a forma desejada aos dentes, mas também melhorando a área de adesão para o material restaurador.



Figura 6 Fotografia após branqueamento e escolha da cor dos compósitos a serem utilizados.

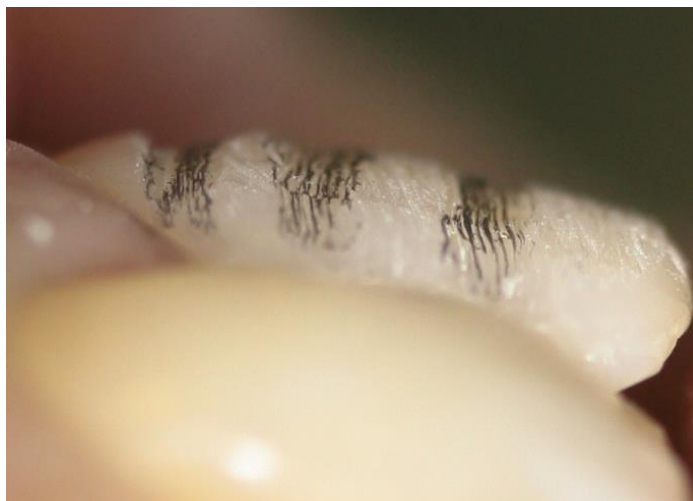


Figura 7 Fotografia do desgaste vestibular do dente 21 de modo a corrigir a forma do dente a melhorar a superfície de adesão para o compósito que irá receber.

De modo a iniciar a realização da faceta, foram colocadas pequenas porções do compósito selecionado na guia de silicone, de modo a criar o bordo incisal pretendido. Após o ataque de ácido fosfórico a 35% (Ultra-Etch®) e a aplicação do adesivo de 5ª geração (Excite® F) no dente a restaurar, foi colocada a guia com o compósito em boca, seguido da fotopolimerização.



Figura 8 Fotografia do ataque ácido utilizando ácido fosfórico melhorando a adesão do material restaurador.



Figura 9 Fotografia do dente 21, após o processo da colocação da guia com o compósito, obtendo assim o bordo incisal e a parede palatina pretendida.

Utilizaram-se compósitos de diversos tons, O1 e TN representados na fotografia que se segue, tendo em conta os diversos aspetos de croma, valor e matiz, nas diferentes camadas de esmalte e dentina, procurando obter harmonia entre as facetas e as restantes peças dentárias, ao mesmo tempo que se procurou melhorar a estética dentária.

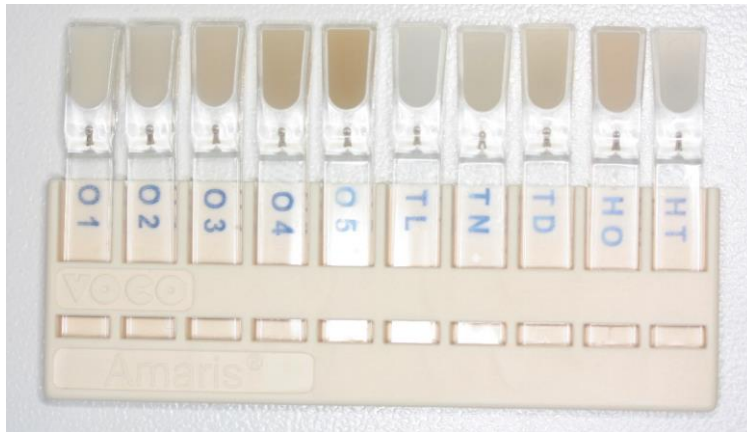


Figura 10 Fotografia da escala de cores de compósitos utilizados pelo sistema Amaris® (Voco)

Após uma semana, foi feito o polimento final recorrendo a discos e escovas de polimento juntamente com pastas de polimento. Trata-se de um processo inacabado uma vez que os caninos ainda não foram corrigidos assim como o bordo incisal dos incisivos laterais.



Figura 11 Fotografia após reconstrução dos incisivos centrais e substituição das restaurações dos incisivos laterais.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

As alternativas para este tratamento passariam pela realização de facetas em compósito indiretas, facetas em cerâmica, lentes de contacto em cerâmica, ou mesmo coroas cerâmicas. As últimas três alternativas são as que apresentam melhores resultados ao longo do tempo, apresentando maior resistência, maior durabilidade e uma melhor estética. (24) Dentro das facetas recorrendo aos compósitos resinosos, estas podem ser feitas direta ou indiretamente, sendo que as facetas em compósitos indiretas são as que normalmente apresentam melhores resultados, no entanto, necessitam de mais sessões. (23)

Como a paciente não apresentava capacidade económica que lhe permitisse usufruir de um tratamento que proporcionasse melhores resultados a médio e longo prazo, assim como pela urgência apresentada em realizar o tratamento, optou-se pelas facetas diretas em compósito que, nesta situação, era a única solução para resolver este problema.

Sendo uma paciente que consome diariamente café, duas a três vezes por dia, foi também alertada para a possibilidade das restaurações virem a pigmentar devido ao consumo do mesmo, assim como foi alertada para a possibilidade de necessitar anualmente de um novo polimento, de forma a restaurar a estética inicial das restaurações.

Trata-se um tratamento inacabado, uma vez que faltam realizar as facetas dos caninos (13 e 23) e melhorar a anatomia do dente 22, contudo a paciente está bastante satisfeita com o resultado até aqui conseguido.

CASO CLÍNICO 2

Nome: A.M. M.

Diagnóstico: Restauração provisória pós tratamento endodôntico.

Tratamento Efetuado: Recobrimento de cúspides em amálgama.

INTRODUÇÃO

Em casos de dentes endodonciados cuja estrutura dentária remanescente é muito diminuta, o clínico deve sempre possuir a consciência do risco presente de fratura. Esta deve-se fundamentalmente às propriedades físicas e mecânicas alteradas da dentina, subsequentes do tratamento endodôntico, como também à perda de estrutura coronária iatrogénica (10). É fundamental então adaptar a restauração definitiva às condições existentes, tendo em conta as expectativas do paciente e condições apresentadas, tanto a nível económico como de higiene, para garantir o máximo de longevidade possível do dente.

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Paciente de 30 anos, sexo masculino, sem hábitos tabágicos ou alcoólicos, apresenta-se à consulta buscando realizar reconstrução definitiva do dente 36 previamente endodonciado. Por motivos económicos, descarta a hipótese de prótese fixa. É então proposta uma restauração em amálgama, com envolvimento de cúspides, tendo em conta as limitações económicas e a higiene oral do paciente.

Diagnóstico: Restauração provisória num dente extensamente destruído.

Plano de tratamento: Recobrimento de cúspides em amálgama

TRATAMENTO

Dada a pouca estrutura remanescente, resolve-se poupar as cúspides distovestibular e mesio-palatina e faz-se uma redução de 2 mm em altura nas restantes cúspides, já parcialmente destruídas, removendo-se ainda toda a estrutura dentária não suportada. De modo a obter melhor retenção mecânica, resultando num maior sucesso da restauração, são criados pins de amálgama no fundo da cavidade. Recorrendo então ao auxílio do anel de cobre, cuja função no caso foi otimizar a anatomia e o perfil de emergência da restauração, realizou-se a restauração a amálgama.



Figura 12 Ortopantomografia da situação inicial do paciente.



Figura 13 Fotografia oclusal do dente 36, onde é notável a grande destruição dentária

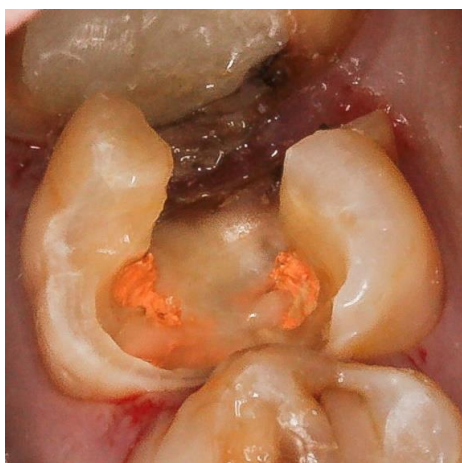


Figura 14 Fotografia mesial do dente 36, onde é visível já o desgaste de 2mm na cúspide mesio-vestibular.

Por falta de material na clínica, recorreu-se a um anel de cobre de tamanho superior ao pretendido, pelo que teve que se utilizar uma cunha de madeira por vestibular, ocupando espaço entre o dente e o anel de cobre, criando assim pressão suficiente de modo a que o anel fique bem adaptado na face palatina e nas faces interproximais.

Após conseguir uma boa adaptação marginal do anel de cobre, foi realizada a restauração, recorrendo ao porta amálgama, condensador, brunidor e chapéu de chinês, fazendo a anatomia primária. Para um melhor resultado, os acabamentos nos detalhes anatômicos e o polimento foi feito passado uma semana.

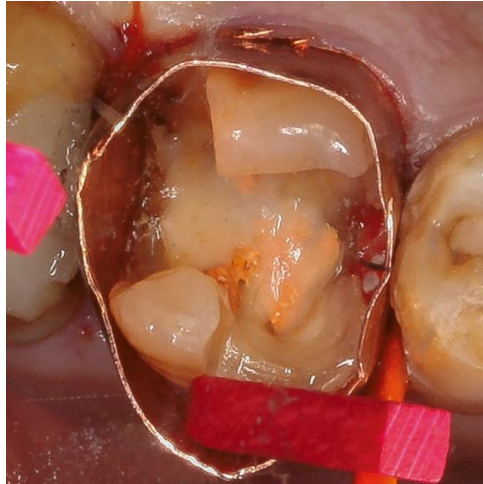


Figura 15 Fotografia oclusal do dente 36, com o anel de cobre colocado. Observa-se também a cunha de madeira utilizada com o fim de obter melhor adaptação possível do anel de cobre às margens palatinas e interproximais.



Figura 16 Fotografia da restauração, sem o polimento.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Este método revela-se uma alternativa eficaz, dentro das suas limitações, quando presentes com a impossibilidade de realizar uma coroa unitária. (11, 12) Alternativas para este tratamento, passariam idealmente pela execução de uma coroa total, uma *inlay* ou uma *onlay* em cerâmica sendo que o dente ficaria com uma estética muito mais agradável, tornando-se numa melhor opção a médio e longo prazo. Contudo, como o paciente não tinha possibilidades económicas para tais tratamentos, foi descartada essa hipótese.

Outro tratamento possível seria a reconstrução da peça dentária recorrendo a compósitos resinosos, o que levaria a um tratamento mais económico, mantendo a estética dentária. (30, 31) Contudo, como se tratava de um dente extensamente destruído, com difícil isolamento absoluto, enfraquecido, e como o paciente apresenta uma má higiene oral expondo um número elevado de restaurações e cáries, resolveu-se descartar essa hipótese, uma vez que levaria a um maior risco de recidiva de cárie.

Resolveu-se realizar a restauração recorrendo a amálgama recobrimdo duas cúspides, aumentando assim a resistência do dente à fratura. (11) Apesar de não ser o tratamento ideal para a situação clínica apresentada, tendo em conta a jovem idade do paciente e as suas limitações económicas, é imperativo que se mantenha a função e se salvaguardem o maior número de peças dentárias possíveis, dado a alternativa ser a extração.

CASO CLÍNICO 3

Nome: J.A.L.

Diagnóstico: Papiloma escamoso

Tratamento Efetuado: Exérese e biópsia de papiloma escamoso

INTRODUÇÃO

O papiloma escamoso oral, é uma lesão que se caracteriza por uma proliferação benigna de epitélio escamoso estratificado, induzido pelo vírus do papiloma humano (HPV), resultando numa massa exofítica, verrucosa ou papilar. (18, 19).

Segundo Thalassa Carneiro *et al*, todas as lesões de papiloma escamoso oral, são solitárias aparecendo numa população jovem com média de idades nos 27,6 anos. No estudo efetuado pela mesma autora, 33,3% das lesões apareceram no palato mole, 58,4% apresentam cor esbranquiçada, 75% das vezes trata-se de uma lesão pediculada, e o seu tamanho varia de 0,2cm a 1,2cm. (20)

DESCRIÇÃO DO CASO CLÍNICO

Paciente, sexo masculino, 35 anos, solteiro, com hábitos tabágicos (em média 20 cigarros por dia), apresenta-se pela primeira vez na Clínica Universitária para uma consulta de Medicina Oral. Como é rotina habitual e fundamental, as primeiras consultas de medicina oral têm como objetivo apurar qual o motivo da consulta, assim como preencher a história clínica, tentando obter o máximo possível de dados sobre quaisquer patologias e anomalias pessoais e de familiares próximos, assim como todas as intervenções médicas e da medicação prescrita no passado.

Tinha como motivo da consulta realizar uma destartarização. Não apresentava nenhum historial médico, nem de tratamentos nem de medicação, não fazendo também análises sanguíneas há mais de 5 anos, sendo que na altura não apresentava qualquer valor alterado.

Após preenchimento do questionário é feito o exame físico da cabeça e pescoço, onde não são observadas quaisquer alterações. No exame da cavidade oral é detetada, além de uma higiene oral medíocre, uma lesão localizada no palato mole, pediculada com consistência amolecida, de aspeto “couve-flor” com superfície irregular e coloração esbranquiçada. Trata-se de uma lesão indolor e assintomática, com cerca de 6mm de comprimento.

Diagnóstico: Papiloma escamoso.

Plano de tratamento: Biópsia excisional.

TRATAMENTO

Como se tratava de uma lesão isolada, o diagnóstico diferencial fez-se com o condiloma acuminado, verruga vulgar e carcinoma verrucoso. (13)

Neste tipo de lesões, o diagnóstico é maioritariamente clínico, sustentado pela análise histológica da biópsia excisional. (14) Por esse motivo, apesar da lesão apresentar todas as características de ser um papiloma escamoso (20), foi realizada a biópsia excisional, enviando o tecido para análise anatomopatológica.

A biópsia foi realizada recorrendo a anestesia local (3/4 de anestubo de Xilonibsa 3%), através de técnica infiltrativa. Com um fio se sutura, atou-se o pedúnculo da lesão, de modo a conseguir prender bem todo o papiloma. Com a ajuda do bisturi, com lâmina 15, foi então feita uma incisão em toda a volta do pedúnculo da lesão, com uma margem de tecido são.

Logo após a excisão, o tecido foi colocado num frasco contendo formol a 10%, sendo enviado de seguida para análise anatomopatológica.

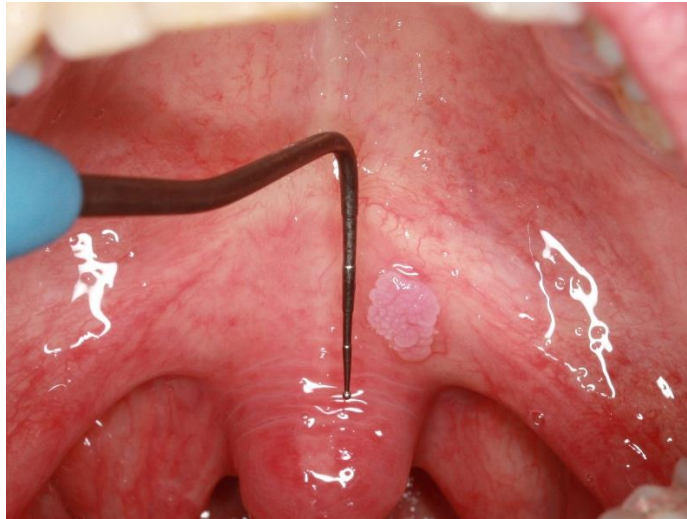


Figura 17 Fotografia Inicial, onde se pode observar a lesão localizada no palato mole, e tendo como referência para o tamanho uma sonda periodontal.

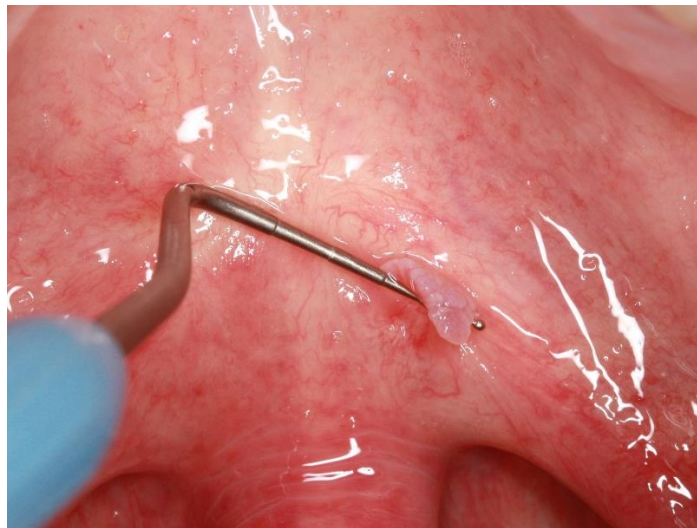


Figura 18 Fotografia da lesão, onde é bastante perceptível o pedículo da lesão.

Os resultados da análise anatomopatológica, além de outras características observadas, demonstraram a presença de coilócitos (células modificadas pela inclusão viral) e confirmaram que a lesão se tratava de um papiloma escamoso.

DISCUSSÃO E CONCLUSÕES

Hoje em dia, o cancro é um problema *major* de saúde pública, e o cancro oral está entre os 10 tipos de cancro mais comuns em todo o mundo. (25) Entre os cancros da cavidade oral, o carcinoma oral de células escamosas é o mais comum. (26).

A maior parte dos papilomas escamosos orais, são solitários, com poucas ou nenhuma taxa de recidiva. Contudo, em pacientes infetados com VIH, podem existir várias lesões de papiloma escamoso ao mesmo tempo na cavidade oral, apresentando nestes indivíduos altas taxas de recidiva. (20)

Como já foi referido anteriormente, o diagnóstico para esta lesão é maioritariamente clínico, suportado pela análise anatomopatológica e biópsia. (14)

O tratamento preferencial nestas situações é a remoção total cirúrgica, no entanto, várias terapêuticas têm sido usadas em casos de PEO, como é o exemplo da eletrocauterização, ablação através de laser, injeções de interferão intralesionais, excisão e criocirurgia. (20, 27 - 29)

Neste caso, e depois de feito o diagnóstico diferencial, tudo apontava para que se tratasse de uma lesão benigna, que é o caso do papiloma escamoso oral. O tratamento escolhido teve em conta o conforto do paciente, o material disponível na clínica e a preservação dos tecidos intactos o máximo possível. O laboratório confirmou o diagnóstico clínico. Apesar de existir um baixo risco de malignização, como se trata de um indivíduo fumador, este risco está aumentado devido ao consumo de tabaco. (29)

Sendo um paciente que apresentava unicamente uma lesão solitária, é pouco provável que exista uma recidiva da mesma, no entanto, foi alertado ao paciente para fazer novas análises sanguíneas (já não fazia há mais de 5 anos) e ir controlando no médico dentista, durante os tratamentos que pretendia efetuar. Foi também sensibilizado para deixar de fumar, ou reduzir na quantidade de cigarros consumidos por dia.

Discussão

Discussão

Ao longo do último ano, a atividade clínica foi desenvolvida em 54 pacientes, sendo a maioria do sexo masculino 55,6%, contrastando com os 44,4% do sexo feminino. Estes valores contrariam os resultados obtidos no último Barómetro Nacional de Saúde Oral, realizado pela Ordem dos Médicos Dentistas, que indica que em Portugal, são as mulheres que vão mais ao dentista, obtendo valores de 54,4%, ao invés do sexo masculino com 45,5%.

Observando a amostragem geral dos pacientes atendidos ao longo deste último ano na Clínica Universitária, pelo binómio 105, torna-se claro que se trata de uma população cuja idade se encontra sobretudo acima da 5ª década de vida, com uma média de idades de 50,44 anos, sendo que podemos caracterizar esta população como uma população algo envelhecida (gráfico 1). Este facto corrobora as projeções da população residente em Portugal entre 2008 e 2060 do Instituto Nacional de Estatística, comprovando o envelhecimento da população, cuja tendência é continuar a aumentar. (15)

Relativamente à higiene oral dos pacientes atendidos ao longo do ano, observa-se na tabela 3 que a maioria, 57,4%, apresenta má higiene oral, sendo que apenas 24,1% usa o fio dentário (tabela 5), e que a maioria dos pacientes, 51,9%, escova os dentes duas vezes ao dia (tabela 4). Pode-se concluir que alguns dos pacientes que referem escovar os dentes 2 vezes por dia, o façam de forma incorreta, pois a percentagem de pacientes com má higiene oral, é superior à percentagem de pacientes que dizem escovar os dentes 2 vezes ao longo de todo o dia. Os valores de percentagem dos pacientes com má higiene oral vão de encontro à saúde periodontal observada na tabela 10, pois a grande maioria da população observada, 70,4% apresentam periodontites crónicas, sendo que destas 38,9% são periodontites crónicas avançadas, e que 31,4% são periodontites crónicas moderadas.

Confrontando com os resultados do Barómetro Nacional de Saúde Oral, os valores encontrados pelo autor estão abaixo da média nacional, sendo que em Portugal, 72,2% da população escova os dentes 2 vezes por dia, contrastando com os apenas 51,9% da amostragem total de pacientes

observados pelo autor. Encontra-se a mesma situação no que diz respeito ao uso do fio dentário, sendo que a nível nacional, 29.1% da população usa o fio dentário regularmente, que é superior aos 24,1% observados pelo autor.

No que diz respeito a cada área clínica, as cadeiras que se revelaram possuir menos pacientes, foram Oclusão juntamente com Ortodontia, somando apenas um caso clínico por cadeira ao longo de todo o ano. Relativamente à área de oclusão, o número consideravelmente baixo de pacientes atendidos pode ser justificável pela falta de conhecimento por parte dos pacientes, da existência de tal área, o que leva praticamente à inexistência de marcações para esta cadeira. Torna-se portanto extremamente importante que nas áreas clínicas com mais afluência de pacientes sejam despistadas e diagnosticadas as patologias associada à oclusão, como o caso do bruxismo ou de disfunções da ATM, para que possam ser reencaminhadas para Oclusão, de modo a obter o tratamento correto e desejado. No que diz respeito à área de Ortodontia, a falta de pacientes pode-se justificar pela impossibilidade de realizar tratamentos ortodônticos que recorram a aparatologia fixa, que é a mais procurada pelos pacientes na clínica. De novo, torna-se extremamente importante diagnosticar mordidas cruzadas entre outros problemas, principalmente em Odontopediatria, pois podem ser tratados na clínica recorrendo a aparatologia removível. Outro fator importante que pode ajudar a justificar, é o custo elevado do tratamento, sendo que Portugal atravessa uma crise económica, e onde a população em geral perdeu poder de compra. (16)

A área clínica de Odontopediatria foi a que registou o terceiro menor número de pacientes atendidos, totalizando 3 consultas. O facto da maior parte das consultas de Odontopediatria coincidirem com o horário escolar, justifica a baixa afluência de crianças à clínica, contrastando com o aumento de pacientes em períodos de férias escolares. Um outro problema social que pode afetar a taxa de afluência de pacientes nesta área, é o envelhecimento da população. (15) Apesar do número baixo de pacientes, o trabalho realizado nesta cadeira foi bastante produtivo e formativo, uma vez que todos os

tratamentos efetuados obtiveram o sucesso esperado, conseguindo também controlar o comportamento dos pacientes jovens, que caracteriza esta área clínica.

Seguidamente, com 4 atos contabilizados ao longo de todo o ano, a Prótese Fixa registou um número baixo de pacientes. Este fato pode ser justificado mais uma vez, pela falta poder de compra, o que leva muitos pacientes a desistirem do tratamento, uma vez que o valor económico do mesmo é alto. (16) No entanto, estes 4 atos realizados, melhoraram as capacidades do autor de modo a planear um tratamento de prótese fixa, assim como efetuar preparos dentários para coroas metalocerâmicas, e coroas provisórias.

Em Medicina Oral, o autor realizou ao longo de todo o ano 4 consultas, sendo 3 primeiras consultas, e 1 biópsia de um papiloma escamoso. O autor considera esta área clínica das mais importantes, uma vez que é onde se estabelece o primeiro contacto entre o Médico Dentista, neste caso, aluno, e o paciente, e onde é elaborado um primeiro plano de tratamento, englobando as áreas clínicas necessárias. É nesta consulta que é avaliado o estado de saúde atual do paciente, assim como toda a sua história médica, mas também todas as medicações efetuadas pelo mesmo. Como já foi referido anteriormente, é realizado um exame clínico detalhado de modo a identificar quaisquer anomalias.

Em Cirurgia Oral, o autor contabilizou ao longo do ano 6 atos clínico, todos eles por técnica fechada. Apesar de não se tratar de um número elevado de atos clínicos, o autor desenvolveu as suas capacidades e conhecimentos, uma vez que todos os dentes extraídos não estavam comprometidos periodontalmente, tratando-se da maioria de terceiros molares. Também se realizou uma extração num paciente portador de deficiência mental profunda, revelando-se um desafio principalmente no controlo do comportamento do

mesmo, mas também no controlo do tempo necessário, no sentido de ser o mais breve possível, causando o menor desconforto possível ao paciente.

No entanto, este paciente foi acompanhado pelo binómio 105 ao longo do tempo, tendo iniciado os tratamentos em 2013, ano em que foi implementado um protocolo entre a Clínica Universitária e várias instituições da região de Viseu. O autor considera este protocolo extremamente importante, uma vez que desenvolve aptidões nos alunos para tratar pacientes com problemas cognitivos e comportamentais, melhorando as suas técnicas clínicas e o seu diálogo. É também essencial manter a cavidade oral cuidada neste tipo de pacientes, que têm dificuldades em se exprimir e queixar de alguma dor ou desconforto que tenham no dia-a-dia, oferecendo-lhes conforto

Na área de Endodontia, foram realizados 7 atos clínicos. Este número compreende exclusivamente os tratamentos endodônticos efetuados, não englobando consultas onde foram feitos tratamentos de espera, ou consultas onde o exame clínico e o diagnóstico despistaram quaisquer patologias relacionadas com a Endodontia, assim como todo o trabalho realizado em ambiente pré-clínico. É fundamental a execução de um bom diagnóstico, através de um exame clínico detalhado, de modo a tentar preservar a vitalidade do dente afetado, sendo bastante benéfico para o paciente pois para além de manter a vitalidade pulpar, evita o desconforto do tratamento endodôntico.

Em Periodontologia, realizaram-se 8 atos clínicos, verificando-se uma elevada taxa de desistência dos pacientes., e consequente diminuição de consultas executadas. Contudo, quando tal se verificou, o autor assistiu a outras consultas ou foi assistente de colegas, aumentando assim a sua experiência clínica. No entanto, o autor considera que os atos clínicos realizados foram capazes de o preparar para o futuro na sua prática clínica no dia-a-dia. Durante o passado ano, foi ainda possível realizar o planeamento e a observação de cirurgias periodontais.

A segunda área clínica onde foi registada um maior número de atos efetuados, foi a Dentisteria, somando 10 atos. Os atos clínicos realizados envolveram alguns casos mais complexos, como foi o caso de uma grande restauração em amálgama num dente endodonciado, com recobrimento de cúspides. Nesta área os tratamentos incidiram, na sua maioria, no tratamento de cáries dentárias, ou seja, remoção de tecido cariado e posterior restauração. Foram também efetuadas, num caso clínico, facetas em compósito, com o propósito de melhorar a estética do sorriso. Embora o tratamento não tenha sido concluído, devido às limitações de material da Clínica Universitária, e sendo o primeiro tratamento do género efetuado, o autor considera o caso um sucesso não só pelas facetas em si, mas também pela satisfação da paciente.

Por fim, a área clínica onde se realizaram mais consultas foi a Prótese Removível, totalizando 16 atos. Um dos fatores que contribui para que esta seja a área clínica com mais atos realizados, é o fato de a aula ser de 4 horas, havendo a possibilidade de observar dois pacientes por aula, um nas primeiras duas horas, e outro nas restantes duas. Outro aspeto importante que poderá justificar o elevado número de pacientes é o facto das consultas de controlo serem gratuitas, nos 3 meses seguintes à inserção da prótese, independentemente do número de consultas necessárias. Estas consultas são essenciais pois permitem, caso necessário, ajustar a prótese e apertar ganchos, entre outros tratamentos, assim como avaliar o nível de satisfação do paciente tendo como base a melhoria da qualidade de vida, tanto a nível do relacionamento interpessoal, como na sua alimentação. O elevado número de pacientes nesta área clínica, vai de encontro aos resultados apresentados pelo Barómetro Nacional de Saúde Oral, da Ordem dos Médicos Dentistas, de 2015, que refere que 37% da população portuguesa tem ausência de 6 dentes naturais, excluindo os dentes dos sisos, onde a mastigação já se encontra notoriamente afetada. (17)

Conclusão

Conclusão

O presente Relatório de Atividade Clínica permitiu realizar uma descrição de todas as atividades concretizadas na Clínica Dentária Universitária de Viseu ao longo do último ano de Mestrado do autor.

A passagem do autor pela Clínica Dentária Universitária foi crucial do ponto de vista do desenvolvimento médico dentário assim como para o crescimento profissional e humano.

Neste último ano aprofundou os seus conhecimentos e competências nas diversas áreas disciplinares, desenvolveu a relação médico-paciente e foi capaz de criar e desenvolver protocolos clínicos multidisciplinares, englobando as diversas áreas clínicas presentes na Clínica Dentária Universitária da UCP em Viseu.

O autor considera que existe uma preocupação crescente da população em conseguir alcançar uma boa higiene oral, contribuindo para o seu bem-estar no dia-a-dia, tanto a nível pessoal como profissional. Contudo, pode concluir também que devido a problemas sócio económicos, grande parte da população não tem acesso a estes cuidados médicos essenciais ou opta por tratamentos mais acessíveis, não sendo muitas vezes os mais indicados comprometendo a estética e a sua qualidade de vida. É essencial que os cuidados de saúde oral sejam prestados/acessíveis a toda a população, preconizando que façam parte integrante dos cuidados de saúde primários e secundários.

Bibliografia

1. American Dental Association, 2015, Dentists: Doctors of Oral Health disponível em <http://www.ada.org/en/about-the-ada/dentists-doctors-of-oral-health> [consultado em 10-11-2015].
2. Spielman AI. The birth of the most important 18th century dental text: Pierre Fauchard's *Le Chirurgien Dentiste*. *J Dent Res*. 2007;86(10):922-6
3. Pierre Fauchard Academy, 2015, Who is Pierre Fauchard?, disponível em <http://www.fauchard.org/publications/47-who-is-pierre-fauchard> [consultado em 14-11-2015]
4. C. D. Lynch, V. R. O'Sullivan e C. T. McGillicuddy, Pierre Fauchard: the 'Father of Modern Dentistry', *British Dental Journal*, 2006
5. Hussain A, Khan FA. History of dentistry. *Arch Med Health Sci* 2014;2:106-10.
6. Kravitz AS et al, *EU Manual of Dental Practice*, Portugal. 2014:5
7. American Dental Association, 2015, Specialty Definitions, disponível em <http://www.ada.org/en/education-careers/careers-in-dentistry/dental-specialties/specialty-definitions> [consultado em 15-11-2015].
8. Chu SJ. A biometric approach to predictable treatment of clinical crown discrepancies. *Pract Proced Aesthet Dent*. 2007;19(7):401-9; quiz 10.
9. Chu SJ. Range and mean distribution frequency of individual tooth width of the maxillary anterior dentition. *Pract Proced Aesthet Dent*. 2007;19(4):209-15.
10. Morgano SM, Rodrigues AH, Sabrosa CE. Restoration of endodontically treated teeth. *Dent Clin North Am*. 2004;48(2):vi, 397-416.
11. Sorensen JA, Martinoff JT. Intracoronar reinforcement and coronal coverage: a study of endodontically treated teeth. *J Prosthet Dent*. 1984;51(6):780-4.
12. Mondelli RF, Barbosa WF, Mondelli J, Franco EB, Carvalho RM. Fracture strength of weakened human premolars restored with amalgam with and without cusp coverage. *Am J Dent*. 1998;11(4):181-4.
13. Jaju PP, Suvarna PV, Desai RS. Squamous papilloma: case report and review of literature. *Int J Oral Sci*. 2010; 2: 222-225.
14. García FJB et al, Papiloma escamoso oral: reporte de un caso clínico, *Revista ADM* 2014; 71 (5): 237-239

15. Instituto Nacional de Estatística, I.P, *Projecção da População Residente em Portugal 2008-2060*, 2009
16. Paulo Pedroso, *Portugal and the Global Crisis*, Friedrich Ebert Stiftung, 2014
17. Ordem dos Médicos Dentistas, *Barómetro Nacional de Saúde Oral*, Portugal, 2015
18. Abbey LM, Page DG, Sawyer DR (1980) The clinical and histopathologic features of a series of 464 oral squamous cell papillomas. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol* 49, 419-428
19. Yamaguchi T, Shindoh M, Amemiya A, Inoue N, Kawamura M, Sakaoka H, Inoue M, Fujinaga K (1998) Detection of human papillomavirus type 2 related sequence in oral papilloma. *Anal Cell Pathol* 16,125-130.
20. Carneiro TE, Marinho SA, Verli FD, Mesquita AT, Lima NL, Miranda JL. Oral squamous papilloma: Clinical, histologic and immunohistochemical analyses. *J Oral Sci* 2009;51:367-72.
21. Dino Re et al, *Esthetic Rehabilitation of Anterior teeth with laminates composite veneers*, Case Reports in Dentistry, 2014
22. J.L. Ferracare, *Resin Composite – state of art*, Dental Materials, 2011;27;1. 29-38
23. F. Mangani, A. Cerutti, A. Putignano, R. Bollero, and L. Madini, “Clinical approach to anterior adhesive restorations using resin composite veneers,” *The European Journal of Esthetic Dentistry*, vol. 2, no. 2, pp. 188–209, 2007.
24. M.M.M. Gresnigt, W.Kalk, and M. Ozcan, “Clinical longevity of ceramic laminate veneers bonded to teeth with and without existing composite restorations up to 40 months, ”*Clinical Oral Investigations*,vol.17,no.3,pp.823–832,2013.
25. Pereira MC, Oliveira DT, Landman G, Kowalski LP. Histologic subtypes of oral squamous cell carcinoma: Prognostic relevance. *J Can Dent Assoc* 2007;73:339-44.
26. Neville BW, Day TA. Oral cancer and precancerous lesions. *CA Cancer J Clin* 2002;52:195-215.
27. Jaju PP, Suvarna PV, Desai RS. Squamous papilloma: Case report and review of literature. *Int J Oral Sci* 2010;2:222-5.
28. Goodstein LA, Khan A, Pinczewski J, Young VN. Symptomatic squamous papilloma of the uvula: Report of a case and review of the literature. *Case Rep Otolaryngol* 2012;2012:329289.

29. Alan, et al.: Verrucous carcinoma and squamous cell papilloma of the oral cavity, *European Journal of Dentistry*, vol 9, no.3, pp.453-456, 2015.
30. Hansen E. In vivo cusp fracture of endodontically treated premolars restored with MOD amalgam or MOD resin fillings. *Dent Mater.* 1988;4:169-73.
31. Hood J, Stokes A, Chang A, Pradji A. The effect of three adhesive restorative systems on impact fracture of premolar teeth. *Int J Perio Rest Dent.* 1987;3:109-11.



RECOBRIMENTO DE CÚSPIDES EM AMÁLGAMA NUM CASO DE DENTE ENDODONCIADO EXTENSAMENTE DESTRUÍDO - A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

I. Beleza¹, J. Costa¹, V. Barros², A. Capelas²

¹Universidade Católica Portuguesa, aluno do MI Medicina Dentária
²Universidade Católica Portuguesa, Docente responsável da área de Dentisteria Operatória

Introdução

Em casos de dentes endodunciados, cuja estrutura dentária remanescente é muito diminuta, o clínico deve sempre possuir a consciência do risco presente de fratura. Esta deve-se fundamentalmente às propriedades físicas e mecânicas alteradas da dentina, subsequentes do tratamento endodôntico, como também à perda de estrutura coronária iatrogénica(1,2). É fundamental então adaptar a restauração definitiva às condições existentes, tendo em conta as expectativas do paciente e condições apresentadas, tanto a nível económico como de higiene, para garantir o máximo de longevidade possível do dente.

Descrição do caso clínico

Paciente de 30 anos, sexo masculino, sem hábitos tabágicos ou alcoólicos, apresenta-se na consulta querendo realizar reconstrução definitiva do dente 3.6, previamente endodunciado. Por motivos económicos, descarta a hipótese de prótese fixa. É então proposta uma restauração a amálgama, com envolvimento de cúspides, tendo em conta as limitações económicas e a higiene oral do paciente.

Dada a pouca estrutura remanescente, resolve-se poupar as cúspides disto-vestibulares e mesio-palatinas fazendo-se uma redução de 2 mm em altura nas restantes cúspides, já parcialmente destruídas, removendo-se ainda toda a estrutura dentária não suportada. São criados pins em amálgama no fundo da cavidade e optimiza-se a mesma para criar o máximo de retenção mecânica. Recorrendo então ao auxílio facultado por aro de cobre, cuja função no caso foi optimizar a anatomia e o perfil de emergência da restauração, realizou-se então a restauração a amálgama, sem recurso ao adesivo, fazendo de seguida a anatomia primária. O polimento fez-se passado uma semana assim como os detalhes da anatomia final.



Figura 1 e 2 – Remanescente dentário após redução de 2 mm nas cúspides mesio-vestibular e disto-palatina. Vista mesial e vestibular, respetivamente.



Figura 3 – Adaptação do aro de cobre com cunhas em madeira de modo a permitir um bom isolamento.



Figura 4 – Amálgama após compactação.



Figura 5 e 6 – Restauração final após polimento. Vista oclusal e mesial, respetivamente.

Conclusão

Este método revela-se uma alternativa eficaz, dentro das suas limitações, quando presentes com a impossibilidade de realizar uma coroa unitária(3,4). Apesar de não ser o tratamento ideal para a situação clínica apresentada, tendo em conta a jovem idade do paciente e as suas limitações económicas, é imperativo que se mantenha a função e se salvaguardem o maior número de peças dentárias possíveis, dado a alternativa ser a extracção.

Referencias

- 1.Heller AR, Melnick S, Schilder H. Determination of the moisture content of vital and pulpless teeth. Oral surgery, oral medicine, and oral pathology. 1972;34(4):661-70.
- 2.Morgano SM, Rodrigues AH, Sabrosa CE. Restoration of endodontically treated teeth. Dental clinics of North America. 2004;48(2):vi, 397-416.
- 3.Sorensen JA, Martinoff JT. Intracoronal reinforcement and coronal coverage: a study of endodontically treated teeth. The Journal of prosthetic dentistry. 1984;51(6):780-4.
- 4.Mondelli RF, Barbosa WF, Mondelli J, Franco EB, Carvalho RM. Fracture strength of weakened human premolars restored with amalgam with and without cusp coverage. American journal of dentistry. 1998;11(4):181-4.

ESTIMATIVA FORENSE DA IDADE ATRAVÉS DA UTILIZAÇÃO DE VÁRIOS MÉTODOS RADIOLÓGICOS



J. Costa¹, C. Figueiredo², A. Figueiredo³

¹Aluno do M1 Medicina Dentária da Universidade Católica Portuguesa

²Docente responsável por Medicina Dentária Forense da Universidade Católica Portuguesa

³Regente da área de conhecimento de Odontopediatria, Epidemiologia e Sociologia Médica da Universidade Católica Portuguesa

Introdução

O crescimento da migração mundial, catástrofes, processos legais, pedidos de reforma, rapto, entre outras, são situações onde muitas vezes é necessário recorrer à determinação da idade.

Em indivíduos vivos, maioritariamente crianças, é possível obter uma previsão da idade através de vários métodos radiológicos, entre eles o método de Demirjian e o de Nolla. Estes métodos (não invasivos) utilizam radiografias panorâmicas para comparar o desenvolvimento dos gérmes dentários e dos dentes já esfoliados, revelando-se métodos práticos e fáceis de usar.

Objetivos

- Avaliar uma possível correlação entre o estadio de mineralização dentária e a idade cronológica numa amostra populacional de Viseu-Portugal através de 3 metodologias diferentes;
- Determinar qual o método mais fiável, entre os métodos utilizados;

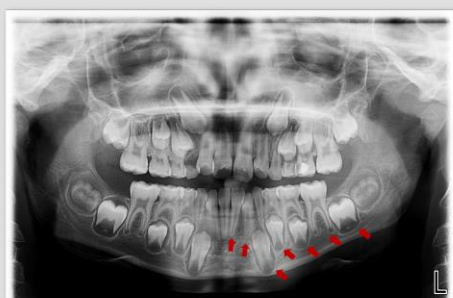


Imagem 1 - Exemplo de ortopantomografias com as peças dentárias a analisar assinaladas.



Imagem 2 - Exemplo de ortopantomografias com as peças dentárias a analisar assinaladas.

Materiais e Métodos

Estudo observacional transversal, através da análise de ortopantomografias dos pacientes da consulta de Odontopediatria, da Clínica Dentária Universitária, com idades entre os 5 e os 16 anos, recorrendo a três métodos diferentes:

- **Demirjian** – baseado na classificação da maturação dentária com 8 estadios de desenvolvimento (A-H), utiliza 7 peças dentárias inferiores do lado esquerdo;
- **Demirjian adaptado** – utiliza apenas o 2º Molar mandibular esquerdo;

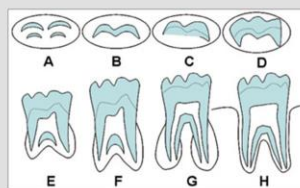


Figura 1 - Estadios de maturação de A-H definidos por Demirjian.

- **Nolla** – baseado na classificação da maturação dentária com 10 estadios de desenvolvimento (1-10), utiliza 7 peças dentárias inferiores esquerdas;



Figura 2 - Estadios de maturação definidos por Nolla, dos pré-molares e molares.

Expectativas e Relevância Científica e/ou Clínica do Tema

- Obter uma correlação entre a idade biológica e a idade cronológica da amostra populacional de Viseu, usando três métodos diferentes;
- Determinar o melhor método para o estudo;
- Consciencializar médicos dentistas/população geral para manter o registo dentário atualizado, de modo a que estes sejam utilizados caso seja necessário.

Referências

Demirjian A, Goldstein H, Tanner JM. A new system of dental age assessment. Human biology 1973;45(2):211-27; Cattaneo C, De Angelis D, Ruspa M, Gibelli D, Cameriere R, Grandi M. How old Am I? Age estimation in living adults: a case report. J Forensic Odontostomatol 2008;27:2:39-43; Kurta LM, Menezes AV, Casanova MS, Halter-Neto F. Dental maturity as an indicator of chronological age: radiographic assessment of dental age in a Brazilian population. J Appl Oral Sci 2007;15(2):99-104; Nur B, Kusguz A, Bayram M, Celikoglu M, Nur M, Kayipmaz S, Yildirim S. Validity of Demirjian and Nolla methods for dental age estimation for Northeastern Turkish children aged 5-16 years old. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2012;17(5):871-7.